

भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण
EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4
PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 44]

नई दिल्ली, सोमवार, फरवरी 18, 2013/माघ 29, 1934

No. 44]

NEW DELHI, MONDAY, FEBRUARY 18, 2013/MAGHA 29, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 16 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

(अन्य पक्ष प्रबंधक-स्वास्थ्य सेवाएँ) (पहला संशोधन) विनियमावली, 2013

फा. सं. आईआरडीए/आरईजी/9/67/2013.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) की धारा 14 और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 114ए द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद एतद्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, यथा :-

संक्षिप्त नाम और प्रारंभ

1.(1) ये विनियम बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (अन्य पक्ष प्रबंधक - स्वास्थ्य सेवाएँ) (पहला संशोधन) विनियमावली, 2012 कहलाएँगे।

(2) ये विनियम सरकारी राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख को प्रभावी होंगे।

2. टीपीए के लाइसेंसिकरण के लिए शर्तें और क्रियाविधि

(ii) विनियम 3(7) निम्नलिखित द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है :

"अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए) अपनी प्रदत्त शेयर पूँजी के 5 प्रतिशत से अधिक शेयरधारिता में परिवर्तन के लिए प्राधिकरण के पूर्व अनुमोदन की माँग करेगा चाहे उक्त परिवर्तन नये अथवा वर्तमान शेयरधारकों को मौजूदा शेयरों के अंतरण के रूप में हो अथवा शेयरों के नये निर्गम के तौर पर हो। इस प्रकार के परिवर्तन के अनुमोदन के लिए आवेदन टीपीए द्वारा प्राधिकरण को फार्म टीपीए-5 में किया जाएगा। सभी टीपीए द्वारा फार्म टीपीए-5अ में एक विवरणी अपनी शेयरधारिता का स्वरूप निर्दिष्ट करते हुए प्रत्येक तिमाही की समाप्ति से 30 दिन के भीतर दाखिल की जाएगी।"

स्पष्टीकरण- उस उप-विनियम के प्रयोजन के लिए "कार्यशील पूँजी" का अर्थ संगणना की तारीख को चालू परिसंपत्तियों और चालू देयताओं के कुल योग के बीच का अंतर है।

(iii) विनियम 8(1) के बाद निम्नलिखित विनियम निम्नानुसार निविष्ट किये जाते हैं

"8 (1अ) प्रत्येक टीपीए नये मुख्य कार्यपालक अधिकारी अथवा मुख्य प्रशासनिक अधिकारी अथवा निदेशक की नियुक्ति की सूचना प्राधिकरण को फार्म टीपीए-6 में नियुक्ति की तारीख से 30 दिन के भीतर देगा।

8 (1आ) प्रत्येक टीपीए शाखाएँ प्रारंभ करने और बंद करने अथवा पंजीकृत या शाखा कार्यालय के परिवर्तन की सूचना इन विनियमों के साथ संलग्न फार्म टीपीए-7 में परिवर्तन की तारीख से 15 दिन के भीतर देगा।"

(iv) विनियम 11(4) के बाद एक नया विनियम

11(5) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

11(5) जहाँ प्राधिकरण टीपीए के रूप में कार्य करने के लिए आवेदक के लाइसेंस का नवीकरण करने का निर्णय करता है, वहाँ प्राधिकरण इसे इन विनियमों के साथ संलग्न फार्म टीपीए-2अ में जारी करेगा।

लाइसेंस की अनुलिपि (डुप्लिकेट) जारी करने के लिए आवेदन

(v) विनियम 12 निम्नलिखित द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है :

"जहाँ प्राधिकरण द्वारा प्रदत्त लाइसेंस खो जाता है अथवा कटा-फटा है, वहाँ प्राधिकरण टीपीए द्वारा फार्म टीपीए-8 में प्रस्तुत आवेदन के साथ रु. 1000 (एक हजार रुपये मात्र) का भुगतान किये जाने पर लाइसेंस की अनुलिपि (डुप्लिकेट) जारी कर सकता है।"

विविध उपबंध

(vi) विनियम 24(2) के बाद एक नया विनियम 24 (2अ)

निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

"टीपीए प्रत्येक महीने की समाप्ति से 15 दिन के भीतर फार्म टीपीए 4 (7अ) में दावों के डेटा से संबंधित मासिक सूचना दाखिल करेगा।"

(vii) लाइसेंस प्रदान करने के लिए आवेदन का फार्म टीपीए-1 हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-1 द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(viii) फार्म टीपीए-3-लाइसेंस हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-3 द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(ix) फार्म 4(1) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(1) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(x) फार्म 4(2) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(2) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(xi) फार्म 4(7) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(7) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

जे. हरि नारायण, अध्यक्ष

[विज्ञापन III/4/161/12/असा.]

लाइसेंस प्रदान करने के लिए आवेदन

प्रयोजन और आवृत्ति

यह फार्म नये लाइसेंस हेतु आवेदन करने के लिए टीपीए द्वारा प्रस्तुत किया जाता है। यह फार्म आईआरडीए को प्रस्तुत किया जाता है।
यह फार्म अधिनिर्धारित अंतरालों के आधार पर कुछ अतिरिक्त सूचना के साथ वर्तमान टीपीए 1 फार्म के आधार पर पुनः बनाया गया है।
यह फार्म जब कभी नये टीपीए लाइसेंस के लिए कंपनियों आवेदन करती हैं तब प्रयुक्त किया जाता है।

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

1. आवेदकों का विवरण

i. आवेदक का नाम

| |
|--|
| |
|--|

ii. पते का विवरण, कंपनी का पंजीकृत कार्यालय

पता 1:

पता 2:

पता 3:

पिन कोड:

जिला:

राज्य:

देश:

नगर/शहर/गाँव:

iii. संपर्क का विवरण

फोन 1:

फोन 2:

फैक्स:

ई-मेल:

वैकल्पिक ई-मेल:

2. आवेदक कंपनी का विवरण

क) कंपनी के रूप में संस्थापन की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

ख) संजीकरण संख्या :

ग) पूंजी संरचना :

| विवरण | |
|-----------------|--|
| व्योरा | |
| प्राधिकृत पूंजी | |
| व्युक्तता पूंजी | |

निर्गत शेयर विवरण

| नाम | शेयरों की संख्या | सुस्पष्ट संख्याएँ | अंकित मूल्य | कुल राशि |
|-----|------------------|-------------------|-------------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

घ) विदेशी प्रवर्तकों द्वारा शेयरखातिता की सीमा

| नाम | शेयरों की संख्या | सुस्पष्ट संख्याएँ | अंकित मूल्य | कुल राशि |
|-----|------------------|-------------------|-------------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ड) ज्ञापन (मेमोरेण्डम) और संस्था के अंतर्नियमों (एओए) की प्रमाणित प्रतिलिपियाँ

ज्ञापन (मेमोरेण्डम)

संस्था के अंतर्नियम (एओए)

जाउज करे

जाउज करे

च) प्रवर्तकों के नाम और उनकी गतिविधियाँ

| नाम | पता | योग्यता | अनुभव | वर्तमान व्यवसाय | टिप्पणी |
|-----|-----|---------|-------|-----------------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

छ) वर्तमान व्यावसायिक कार्यकलाप

ज) लाइसेंस के लिए आवेदन का पहले का कोई पूर्ववृत्त

आवेदन संख्या :

प्रस्तुत करने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

आवेदनपत्र की स्थिति :

कारण

3. निदेशकों का विवरण

| निदेशक का नाम | आयु | पता | डॉक्टर | पंजीयन | अन्य | मोबाइल | ई-मेल | योग्यता |
|---------------|-----|-----|--------|--------|------|--------|-------|---------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

[illegible]

4. सीईओ और सीएओ का विवरण

- i. नाम :
- ii. जन्मतिथि : (दिन-माह-वर्ष)
- iii. जन्मस्थान :
- iv. पता और संपर्क का विवरण :
 - पता 1 :
 - पता 2 :
 - पता 3 :
 - पिन कोड :
 - नगर/शहर/गाँव :
 - जिला :
 - राज्य :
 - देश :
 - टेलीफोन संख्या :
 - फैक्स संख्या :
 - ई-मेल :

v. पासपोर्ट / पहचान-पत्र संख्या :
जारी करने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)
जारी करने का स्थान :
समाप्त होने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)
जारीकर्ता प्राधिकारी :

ड. रोजगार विवरण पूर्ववृत्त

[illegible]

च. शैक्षिक योग्यता का विवरण

| संस्थान का नाम | विश्वविद्यालय संबद्धता | पंजीयन सं./ उपाधि विवरण | कार्यक्रम विवरण | अध्ययन किये गये पाठ्यक्रम का नाम | पाठ्यक्रम की अवधि | उत्तीर्ण करने का वर्ष | अंक |
|----------------|------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

छ. भारतीय बीमा संस्थान द्वारा संचालित असोसिएटशिप/फेलोशिप परीक्षा का विवरण

| संस्थान का नाम | पंजीकरण का ब्योरा | उत्तीर्ण करने का वर्ष | प्राप्त अंक | भारतीय बीमा संस्थान द्वारा जारी लाइसेंसिएटशिप/असोसिएट/फेलो प्रमाणपत्र संख्या |
|----------------|-------------------|-----------------------|-------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ज. स्वास्थ्य प्रबंधक के क्षेत्र में प्राप्त व्यावहारिक प्रशिक्षण का विवरण

| संस्थान का नाम | पंजीकरण का ब्योरा | प्रशिक्षण की अवधि | प्रशिक्षण प्राप्त करने का वर्ष | जारी किया गया प्रमाणपत्र |
|----------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5. चिकित्सक का विवरण जिसके साथ टीपीए की संबद्धता है :

क) चिकित्सक का नाम :

ख) पते का ब्योरा :

पता 1 :

पंता 2 :

पंता 3 :

पिन कोड :

नगर/शहर/गाँव :

जिला :

राज्य :

देश :

ग) चिकित्साकीय योग्यता

| पाठ्यक्रम का नाम | संस्थान का नाम | पंजीकरण का ब्योरा | पाठ्यक्रम की अवधि | उत्तीर्ण करने का वर्ष | उपाधि प्रमाणपत्र |
|------------------|----------------|-------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

6. प्रस्तावित विभिन्न सेवाओं के लिए आवेदक कंपनी के द्वारा प्रभारित किये जानेवाले प्रस्तावित शुल्क और लागतों की अनुसूची

(कृपया ब्योरा प्रस्तुत करें)

| शुल्क की अनुसूची | प्रभारित किया जानेवाला शुल्क | शुल्क की दर | शुल्क लगाने के लिए विशिष्ट सेवाएँ |
|------------------|------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. घोषणा

क) मैं नाबालिग नहीं हूँ।

ख) मैं संसम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा आपराधिक दुर्विनियोजन अथवा आपराधिक विश्वासघात अथवा धोखेबाजी अथवा जालसाजी अथवा कोई भी अपराध करने के लिए अव्यप्रेरित करने अथवा प्रयास करने का दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ग) मैं संसम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा विक्षिप्त नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

घ) मैं बेईमानी से किसी भी बोखबड़ी में जानबूझकर भागीदारी करने अथवा गुप्त रूप से सहयोग देने अथवा किसी भी बोमाकृत व्यक्ति अथवा बीमाकर्ता के विरुद्ध गलतबयानी करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ङ) मेरे पास बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में अपेक्षित योग्यताएँ और व्यावहारिक प्रशिक्षण है।

च) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा यथाविनिर्दिष्ट परीक्षाएँ उत्तीर्ण की हैं।

छ) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता का उल्लंघन नहीं किया है।

ज) मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त प्रश्नों का सत्यनिष्ठा से और पूर्णतः उत्तर दिया है तथा ऐसी समस्त सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संग्रहीत हो सकती है।

झ) मैं घोषित करता हूँ/करती हूँ कि आवेदनपत्र में प्रस्तुत की गई सूचना संपूर्ण और सही है।

के लिए और उनकी ओर से

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 1 का नाम :

निदेशक 1 की उपाधि/पदनाम :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 2 का नाम :

निदेशक 2 की उपाधि/पदनाम :

दिनांक :

[illegible]

कार्म टीपीए 3

जब कभी आवश्यक हो

लाइसेंस के नवीकरण के लिए आवेदन (टीपीए द्वारा प्रस्तुत किये जाने हेतु)

प्रयोजन और आवृत्ति

यह फार्म लाइसेंस के नवीकरण के लिए टीपीए द्वारा प्रस्तुत किया जाता है।

यह फार्म वर्तमान टीपीए-3 फार्म को पुनः बनाया गया रूप है ।

इस फार्म की आवृत्ति तब है जब कभी लाइसेंस के नवीकरण के लिए टीपीए आवेदन करते हैं।

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

लाइसेंस के नवीकरण के लिए आवेदन

1. आवेदकों का विवरण

i. आर्वेदक का नाम

[illegible]

ii. पत्ते का विवरण

पत्ता 1 :

पृष्ठा 2 :

पत्ता 3 :

पिन कोड :

॥

राज्य :

॥५॥

नगर/शहर/गाँव :

iii. संपर्क का विवरण

फोन 1 :

फोन 2 :

फिक्स :

ई-मेल :

वैकल्पिक ई-मेल :

राशि भारतीय रुपयों में

घ) पूँजी संरचना

[illegible][illegible]

झाड़ज करे
झाड़ज करे

च) ज्ञापन (मेमोरैण्डम) और एओए की प्रमाणित प्रतिलिपियाँ

ज्ञापन (मेमोरैण्डम)

संस्था के अंतर्नियम (एओए)

छ) प्रवर्तकों के नाम और उनकी गतिविधियाँ

| नाम | पता | योग्यता | अनुभव | वर्तमान व्यवसाय | टिप्पणी |
|-----|-----|---------|-------|-----------------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3. निदेशकों का विवरण

| निदेशक का नाम | आयु | पता | अन्य निदेशन | मोबाइल | ई-मेल | योग्यता |
|---------------|-----|-----|-------------|--------|-------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

4. सीईओ और सीएओ का विवरण

क. नाम :

ख. जन्मतिथि : (दिन-माह-वर्ष)

ग. जन्मस्थान :

घ. पता और संपर्क का विवरण :

पता 1 :

पता 2 :

655 GT/12-11

[illegible]

ज. भारतीय बीमा संस्थान द्वारा संचालित असोसिएटशिप/फेलोशिप परीक्षा का विवरण

| संस्थान का नाम | पंजीकरण का ब्योरा | उत्तीर्ण करने का वर्ष | प्राप्त अंक | बीमा संस्थान द्वारा जारी लाइसेंसिएटशिप/असोसिएट/फेलो प्रमाणपत्र संख्या |
|----------------|-------------------|-----------------------|-------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

झ. स्वास्थ्य प्रबंधक के क्षेत्र में प्राप्त व्यावहारिक प्रशिक्षण का विवरण

| संस्थान का नाम | पंजीकरण का ब्योरा | प्रशिक्षण की अवधि | प्रशिक्षण प्राप्त करने का वर्ष | जारी किया गया प्रमाणपत्र |
|----------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5. चिकित्सक का विवरण जिसके साथ टीपीए की संबद्धता है :

क) चिकित्सक का नाम :

ख) पते का ब्योरा :

पता 1 :

पता 2 :

पता 3 :

पिन कोड :

नगर/शहर/गाँव :

जिला :

राज्य :

देश :

ग) चिकित्सकीय योग्यता

| पाठ्यक्रम का नाम | संस्थान का नाम | पंजीकरण का ब्योरा | पाठ्यक्रम की अवधि | उत्तीर्ण करने का वर्ष | उपाधि प्रमाणपत्र संख्या |
|------------------|----------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|
|------------------|----------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 6. विलंब से प्रस्तुत करने की स्थिति में कृपया विलंब के लिए कारण लिखें। | | | | | |
| | | | | | |

7. घोषणा

क) मैं नाबालिग नहीं हूँ।

ख) मैं सक्षम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा आपराधिक विश्वासघात अथवा धोखेबाजी अथवा जालसाजी अथवा कोई भी अपराध करने के लिए अवरोधित करने अथवा प्रयास करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ग) मैं सक्षम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा विक्षिप्त नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

घ) मैं बेईमानी से किसी भी धोखाधड़ी में जानबूझकर भागीदारी करने अथवा गुप्त रूप से सहयोग देने अथवा किसी भी बीमाकृत व्यक्ति अथवा बीमाकर्ता के विरुद्ध गलतबयानी करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ङ) मेरे पास बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में अपेक्षित योग्यताएँ और व्यावहारिक प्रशिक्षण है।

च) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा यथाविनिर्दिष्ट परीक्षाएँ उत्तीर्ण की हैं।

छ) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता का उल्लंघन नहीं किया है।

ज) मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त प्रश्नों का सत्यनिष्ठा से और पूर्णतः उत्तर दिया है तथा ऐसी समस्त सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संगत मानी जा सकती है।

झ) मैं घोषित करता हूँ/करती हूँ कि आवेदनपत्र में प्रस्तुत की गई सूचना संपूर्ण और सही है।

के लिए और उनकी ओर से

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 1 का नाम :

निदेशक 1 की उपाधि/पदनाम :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 2 का नाम :

निदेशक 2 की उपाधि/पदनाम :

दिनांक :

वार्षिक

टीपीए के प्रशासनिक विन्यास का विवरण

प्रयोजन और आवृत्ति

यह विवरणी टीपीए के वर्तमान प्रशासनिक विन्यास का अभिग्रहण करती है। इस फार्म में निदेशकों, सीईओ और सीएओ से संबंधित डेटा सम्मिलित है। आईआरडीए (टीपीए) विनियमन फार्म 4(1) में की गई अपेक्षानुसार इस फार्म से संगृहीत डेटा का उपयोग टीपीए के प्रशासनिक विन्यास में होने वाले परिवर्तन करने रखने

के लिए किया जाएगा ।

इस विवरणी की आवृत्ति वार्षिक है।

फिल्टर और मानदंड

[illegible]

मुख्य कार्यपालक अधिकारियों (सीईओ) का विवरण

| # | सीईओ का नाम | आयु | पता | सीईओ के रूप में कार्य ग्रहण करने की तारीख | अर्हता | सीईओ के रूप में निर्गम की तारीख | टेलीफोन सं. | ई-मेल |
|---|-------------|-----|-----|---|--------|---------------------------------|-------------|-------|
| | संभव कूट | क | ख | ग | घ | ङ | च | छ |

मुख्य प्रशासन अधिकारियों (सीएओ) का विवरण

| # | सीएओ का नाम | आयु | पता | सीएओ के रूप में कार्य ग्रहण करने की तारीख | अर्हता | सीएओ के रूप में निर्गम की तारीख | टेलीफोन सं. | ई-मेल |
|---|-------------|-----|-----|---|--------|---------------------------------|-------------|-------|
| | संभव कूट | क | ख | ग | घ | ङ | च | छ |

लेखा-परीक्षकों का विवरण

| # | विवरण | लेखा-परीक्षक का नाम | पता | नियुक्ति की तारीख | टिप्पणी | टेलीफोन सं. | ई-मेल |
|---|-----------------------|---------------------|-----|-------------------|---------|-------------|-------|
| 1 | आंतरिक लेखा-परीक्षक | | | | | | |
| 2 | सांविधिक लेखा-परीक्षक | | | | | | |

655 GI/13-6

विवरणी टीपीए 4 (1अ)

मासिक

अन्य पक्ष प्रबंधकों (टीपीए) के लिए दावों का डेटा

प्रयोजन और आवृत्ति

यह विवरणी टीपीए के लिए दावों का डेटा प्राप्त करती है। यह फार्म पॉलिसीधारकों से दावों, अस्पतालों से दावों और समग्र स्तर पर दावों का अभिग्रहण करता है।

यह फार्म टीपीए वार्षिक रिपोर्ट में वर्तमान दावा डेटा संग्रहण फार्म के आधार पर पुनः बनाया गया है।

नया फार्म आईआरडीए (टीपीए) विनियमन फार्म 4(7) की अपेक्षानुसार टीपीए के लिए दावों के डेटा के बारे में अधिक विस्तृत स्तरीय सूचना का अभिग्रहण करता है।

इस विवरणी की आवृत्ति मासिक है।

फिल्टर और मानदंड

महीना

बीमाकर्ता

टीपीए

ऐसे उदाहरणों की संख्या जब निर्गम (फ्लोट) की पुनः पूर्ति 7 दिन से आगे की गई

राशि भारतीय रुपयों में

| # | विवरण | नकदी-रहित दावे | | प्रतिपूर्ति | | लाभ-आधारित | | कुल | |
|---|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि |
| | | क | ख | क | ख | क | ख | क | ख |
| 1 | महीने के प्रारंभ में लंबित दावे | | | | | | | | |
| 2 | महीने के दौरान पंजीकृत नये दावे | | | | | | | | |
| 3 | पूर्णतः निपटारा गया और सरकारी अस्पताल द्वारा सेवा प्रदत्त दावा | | | | | | | | |
| 4 | पूर्णतः निपटारा गया और निजी अस्पताल द्वारा सेवा प्रदत्त दावा | | | | | | | | |
| 5 | अंशतः निपटारे गये दावे | | | | | | | | |
| 6 | अस्वीकृत दावे | | | | | | | | |
| 7 | अन्य कारणों से बंद किये गये दावे | | | | | | | | |
| 8 | पुनः प्रारंभ किये गये दावे | | | | | | | | |
| 9 | महीने के अंत में लंबित दावे | | | | | | | | |

लंबित दावों की समय-स्थिति*

| # | विवरण | नकदी-रहित | | प्रतिपूर्ति | | लाभ-आधारित | | कुल | |
|---|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि |
| | संश्लेष कूट | क | ख | क | ख | क | ख | क | ख |
| 1 | 1 महीने से कम अवधि के लिए लंबित दावे | | | | | | | | |
| 2 | 1-3 महीने के लिए लंबित दावे | | | | | | | | |
| 3 | 3-6 महीने के लिए लंबित दावे | | | | | | | | |
| 4 | 6-12 महीने के लिए लंबित दावे | | | | | | | | |
| 5 | 1-2 वर्ष के लिए लंबित दावे | | | | | | | | |
| 6 | 2 वर्ष से अधिक अवधि के लिए लंबित दावे | | | | | | | | |

*पहली सूचना की तारीख से संगणित

निपटारे गये दावों की समय-स्थिति**

| # | विवरण | नकदी-रहित | | प्रतिपूर्ति | | लाभ-आधारित | | कुल | |
|---|---|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि |
| | संश्लेष कूट | क | ख | क | ख | क | ख | क | ख |
| 1 | एक महीने से कम समय में निपटारे गये दावे | | | | | | | | |
| 2 | 2-3 महीने के अंदर निपटारे गये दावे | | | | | | | | |
| 3 | 3-6 महीने के अंदर निपटारे गये दावे | | | | | | | | |
| 4 | 6-12 महीने के अंदर निपटारे गये दावे | | | | | | | | |
| 5 | 1-2 वर्ष के अंदर निपटारे गये दावे | | | | | | | | |
| 6 | 2 वर्ष से अधिक समय में निपटारे गये दावे | | | | | | | | |

**अंतिम अपेक्षा की प्राप्ति की तारीख से संगणित

अस्वीकृत दावों की समय-स्थिति***

| # | विवरण | नकदी-रहित | | प्रतिपूर्ति | | लाभ-आधारित | | कुल | |
|---|---------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि | दावों की संख्या | दावों की राशि |
| | संश्लेष कूट | क | ख | क | ख | क | ख | क | ख |
| 1 | एक महीने से कम समय में अस्वीकृत | | | | | | | | |

[illegible]

***अंतिम अपेक्षा की प्राप्ति की तारीख से संगणित

[illegible]

[illegible]

[illegible]

| प्रयोग | जब कभी | |
|---------------------------|--------|--|
| नया परिवर्तन | | |
| प्रबोधन और उद्देश्य | | |
| यह फार्म एक टीपीए के लिए | | |
| एक शीखा और पंजीकृत | | |
| कार्यालय के विकरण लेने के | | |
| लिए प्रयोग किया जाता है | | |
| अवृत्ति है जब कभी | | |
| किन्टर और आपवण्ड | | |
| आव के | | |
| तारीख में | | |
| टीपीए | | |
| तारीख और विवरण | | |

| क्र.सं. | प्राप्त | विवरण | प्रमाण | तारीख | स्थान | हस्ताक्षर | नाम | पद | संस्था |
|---------|---------|-------|--------|-------|-------|-----------|-----|----|--------|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | |
| 61 | | | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | | | |
| 77 | | | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | |
| 81 | | | | | | | | | |
| 82 | | | | | | | | | |
| 83 | | | | | | | | | |
| 84 | | | | | | | | | |
| 85 | | | | | | | | | |
| 86 | | | | | | | | | |
| 87 | | | | | | | | | |
| 88 | | | | | | | | | |
| 89 | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | |
| 91 | | | | | | | | | |
| 92 | | | | | | | | | |
| 93 | | | | | | | | | |
| 94 | | | | | | | | | |
| 95 | | | | | | | | | |
| 96 | | | | | | | | | |
| 97 | | | | | | | | | |
| 98 | | | | | | | | | |
| 99 | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | |

[illegible]

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

NOTIFICATION

Hyderabad, the 16th February, 2013

Insurance Regulatory and Development Authority
(Third Party Administrators-Health Services) (First Amendment) Regulations, 2013

F. No. IRDA/Reg./9/67/2013.—In exercise of the powers conferred by section 114A of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) read with sections 14 and 26 of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999), the Authority in consultation with the Insurance Advisory Committee, hereby makes the following regulations, namely:-

Short title and commencement

1. (1) These regulations may be called the Insurance Regulatory and Development Authority (Third Party Administrators-Health Services) (First Amendment) Regulations, 2012

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

2. Conditions and Procedure for licensing of TPA**(ii) Reg. 3(7) is substituted by the following:**

"A TPA shall seek prior approval of the Authority for change in the shareholding exceeding 5% of its paid-up share capital, whether by way of transfer of existing shares or by way of fresh issue of shares to either new or existing shareholders. The application for approval of such change shall be made by the TPA to the Authority in form TPA-5. A return in form TPA-5A shall be filed by all the TPAs within 30 days of the end of each quarter, indicating the details of their shareholding pattern".

Explanation- For the purpose of this sub-regulation "working capital" means the difference between the aggregate of the current assets and current liabilities as on the date of reckoning.

(iii) the following Regulations are inserted after Regulation 8(1) as under

"8. (1A) Every TPA shall intimate the appointment of a new Chief Executive Officer or Chief Administrative Officer or Director to the Authority in the form TPA-6 within 30 days of the date of the appointment.

(8(1B) Every TPA shall intimate the opening and closing of the branches or change of registered or branch office within 15 days from the date of change in form TPA-7 appended to these Regulations."

(iv) A new Regulation 11 (5) is inserted after Regulation 11(4) as under

11(5) Where the Authority decides to renew the license of the applicant to act as TPA, it shall issue the same in Form TPA-2A appended to these regulations.

Application for issue of a duplicate license**(v) Regulation 12 is substituted by the following:**

"Where a licence granted by the Authority is lost or mutilated, the Authority may issue a duplicate licence on payment of Rs. 1000- (Rupees One Thousand Only) accompanied by an application in form TPA-8 made by the TPA."

MISCELLANEOUS PROVISIONS**(vi) A new regulation 24 (2A) is inserted after regulation 24 (2) as under**

"TPA shall file monthly information relating to Claims DATA in Form TPA 4 (7A) within 15 days from end of each month."

(vii) Form TPA -i Application of the Grant of License is withdrawn and substituted with Form TPA-1 attached.

(viii) Form TPA-3- License is withdrawn and substituted with Form TPA-3 attached

(ix) Form- 4(1) is withdrawn and substituted with Form TPA- 4(1)- Attached

(xi) Form 4(2) is withdrawn and substituted with Form TPA- 4(2)-Attached

(xii) Form 4 (7) is withdrawn and substituted with Form TPA4 (7) attached

J. HARI NARAYAN, Chairman

[ADVT. III/4/161/12/Exty.]

Form_TPA_1

As and When

Application for grant of license

Purpose and frequency

This form is submitted by the TPAs for applying new license. This form is submitted to IRDA.

This form is re-engineered based on the existing TPA-1 form with some additional information on the basis of the gaps identified.

This form is used as and when companies apply for new TPA license.



Amount in INR

1. Particulars of applicants






1. Name of applicant

[illegible]

ii. Address details: Registered Office of the company

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Address 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Address 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Address 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pin Code | | | | | City/Town/Village | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| District | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| State | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Country | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

iii. Contact Details

| | |
|------------------|---|
| Phone 1 |  |
| Phone 2 |  |
| Fax |  |
| e-mail |  |
| alternate e-mail |  |

2. Details of applicants company

a) Date of incorporation as company
























b) Registration No.



c) Capital Structure

| Particulars | Amount |
|--------------------|--------|
| Authorized Capital | |
| Paid Up Capital | |

Issued Share Details

| Page # | Section | Section | Section | Section |
|--------|---------|---------|---------|---------|
| 1 | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 |
| 2 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 |
| 3 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 |
| 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 |
| 5 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 |
| 6 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 |
| 7 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 |
| 8 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 |
| 9 | 9.1 | 9.2 | 9.3 | 9.4 |
| 10 | 10.1 | 10.2 | 10.3 | 10.4 |
| 11 | 11.1 | 11.2 | 11.3 | 11.4 |
| 12 | 12.1 | 12.2 | 12.3 | 12.4 |
| 13 | 13.1 | 13.2 | 13.3 | 13.4 |
| 14 | 14.1 | 14.2 | 14.3 | 14.4 |
| 15 | 15.1 | 15.2 | 15.3 | 15.4 |
| 16 | 16.1 | 16.2 | 16.3 | 16.4 |
| 17 | 17.1 | 17.2 | 17.3 | 17.4 |
| 18 | 18.1 | 18.2 | 18.3 | 18.4 |
| 19 | 19.1 | 19.2 | 19.3 | 19.4 |
| 20 | 20.1 | 20.2 | 20.3 | 20.4 |
| 21 | 21.1 | 21.2 | 21.3 | 21.4 |
| 22 | 22.1 | 22.2 | 22.3 | 22.4 |
| 23 | 23.1 | 23.2 | 23.3 | 23.4 |
| 24 | 24.1 | 24.2 | 24.3 | 24.4 |
| 25 | 25.1 | 25.2 | 25.3 | 25.4 |
| 26 | 26.1 | 26.2 | 26.3 | 26.4 |
| 27 | 27.1 | 27.2 | 27.3 | 27.4 |
| 28 | 28.1 | 28.2 | 28.3 | 28.4 |
| 29 | 29.1 | 29.2 | 29.3 | 29.4 |
| 30 | 30.1 | 30.2 | 30.3 | 30.4 |
| 31 | 31.1 | 31.2 | 31.3 | 31.4 |
| 32 | 32.1 | 32.2 | 32.3 | 32.4 |
| 33 | 33.1 | 33.2 | 33.3 | 33.4 |
| 34 | 34.1 | 34.2 | 34.3 | 34.4 |
| 35 | 35.1 | 35.2 | 35.3 | 35.4 |
| 36 | 36.1 | 36.2 | 36.3 | 36.4 |
| 37 | 37.1 | 37.2 | 37.3 | 37.4 |
| 38 | 38.1 | 38.2 | 38.3 | 38.4 |
| 39 | 39.1 | 39.2 | 39.3 | 39.4 |
| 40 | 40.1 | 40.2 | 40.3 | 40.4 |
| 41 | 41.1 | 41.2 | 41.3 | 41.4 |
| 42 | 42.1 | 42.2 | 42.3 | 42.4 |
| 43 | 43.1 | 43.2 | 43.3 | 43.4 |
| 44 | 44.1 | 44.2 | 44.3 | 44.4 |
| 45 | 45.1 | 45.2 | 45.3 | 45.4 |
| 46 | 46.1 | 46.2 | 46.3 | 46.4 |
| 47 | 47.1 | 47.2 | 47.3 | 47.4 |
| 48 | 48.1 | 48.2 | 48.3 | 48.4 |
| 49 | 49.1 | 49.2 | 49.3 | 49.4 |
| 50 | 50.1 | 50.2 | 50.3 | 50.4 |
| 51 | 51.1 | 51.2 | 51.3 | 51.4 |
| 52 | 52.1 | 52.2 | 52.3 | 52.4 |
| 53 | 53.1 | 53.2 | 53.3 | 53.4 |
| 54 | 54.1 | 54.2 | 54.3 | 54.4 |
| 55 | 55.1 | 55.2 | 55.3 | 55.4 |
| 56 | 56.1 | 56.2 | 56.3 | 56.4 |
| 57 | 57.1 | 57.2 | 57.3 | 57.4 |
| 58 | 58.1 | 58.2 | 58.3 | 58.4 |
| 59 | 59.1 | 59.2 | 59.3 | 59.4 |
| 60 | 60.1 | 60.2 | 60.3 | 60.4 |
| 61 | 61.1 | 61.2 | 61.3 | 61.4 |
| 62 | 62.1 | 62.2 | 62.3 | 62.4 |
| 63 | 63.1 | 63.2 | 63.3 | 63.4 |
| 64 | 64.1 | 64.2 | 64.3 | 64.4 |
| 65 | 65.1 | 65.2 | 65.3 | 65.4 |
| 66 | 66.1 | 66.2 | 66.3 | 66.4 |
| 67 | 67.1 | 67.2 | 67.3 | 67.4 |
| 68 | 68.1 | 68.2 | 68.3 | 68.4 |
| 69 | 69.1 | 69.2 | 69.3 | 69.4 |
| 70 | 70.1 | 70.2 | 70.3 | 70.4 |
| 71 | 71.1 | 71.2 | 71.3 | 71.4 |
| 72 | 72.1 | 72.2 | 72.3 | 72.4 |
| 73 | 73.1 | 73.2 | 73.3 | 73.4 |
| 74 | 74.1 | 74.2 | 74.3 | 74.4 |
| 75 | 75.1 | 75.2 | 75.3 | 75.4 |
| 76 | 76.1 | 76.2 | 76.3 | 76.4 |
| 77 | 77.1 | 77.2 | 77.3 | 77.4 |
| 78 | 78.1 | 78.2 | 78.3 | 78.4 |
| 79 | 79.1 | 79.2 | 79.3 | 79.4 |
| 80 | 80.1 | 80.2 | 80.3 | 80.4 |
| 81 | 81.1 | 81.2 | 81.3 | 81.4 |
| 82 | 82.1 | 82.2 | 82.3 | 82.4 |
| 83 | 83.1 | 83.2 | 83.3 | 83.4 |
| 84 | 84.1 | | | |

d) Extent of Shareholding by Foreign Promoters

655 GI/13-9

Date of Expiry

7. Declaration

- a) I am not a minor
 b) I have not been found guilty of criminal misappropriation or criminal breach of trust or cheating or forgery or an abetment of or attempting to commit any offence by a court of competent jurisdiction
 c) I have not been found to be unsound mind by a court of competent jurisdiction
 d) I have not been found guilty of or knowingly participated in or connived at any fraud dishonestly or misrepresentation against an insured or an insurer
 e) I possess requisite qualifications and practical training as specified by Insurance Regulatory and Development Authority
 f) I have passed such examinations as specified by Insurance Regulatory and Development Authority
 g) I have not violated the code of conduct specified by Insurance Regulatory and Development Authority
 h) I warrant that I have truthfully and fully answered the questions above and provided all the information which might reasonably be considered relevant for the purpose of my license
 i) I declare that the information supplied in the application form is complete and correct

For the behalf of

Digital signature of Director 1

Name of the Director 1

Title/Designation of Director 1

Digital signature of Director 2

Name of the Director 2

Title/Designation of Director 2

Date

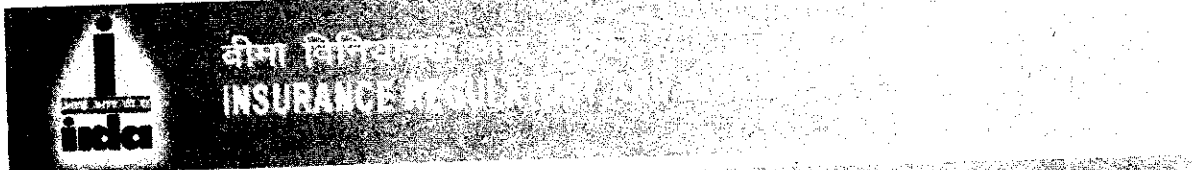
Form TPA-2A

As and When

Certificate of Renewal of License (provided by IRDA)

Purpose and frequency

This form is provided by IRDA as an acknowledgement of the renewal of license to TPAs.
 The frequency of this form is as and when IRDA grants TPA license.



Form TPA-2A

License No.

1. In exercise of the powers enjoined on the Authority, it hereby renews the license of
 to act as Third Party Administrator.

2. This License shall be valid from

D D M M Y Y Y Y to D D M M Y Y Y Y

4. This license is subject to the Insurance Regulatory and Development Authority, Act 1999 (4 of 1999), Insurance Act 1938 (4 of 1938) and Insurance Regulatory and Development Authority (Third Party Administrator) Regulations, 2001 and shall not be construed to be in compliance with or in conformity to any other Act, rules and regulations.

Place

Date

D D M M Y Y Y Y

For and on behalf of Insurance Regulatory and
 Development Authority

As and When



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

Amount in INR

1. Particulars of applicants

i. Name of applicant

ii. Address details

Address 1

Address 2

Address 3

Pin Code

City/Town/Village

District

State

Country

iii. Contact Details

Phone 1

Phone 2

Fax

e-mail

alternate e-mail

2. Details of applicants company

a) TPA License No.

b) Date of license

c) Date of Expiry

c) Capital Structure

Authorized Capital

Paid Up Capital

Issued Share Details

| Name | No. of Shares | Share Price | Value | Total Amount |
|------|---------------|-------------|-------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

d) Extent of Shareholding by Foreign Promoters

| Name | No. of Shares | Share Price | Value | Total Amount |
|------|---------------|-------------|-------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

e) Certified copies of Memorandum and AOA

Memorandum

AOA

f) Name and activities of the promoters

| Name | Address | Share Price | Value | Total Amount | Share Price |
|------|---------|-------------|-------|--------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

According to

Yearly

Details of TPA Administrative Configuration

Purpose and frequency
The return captures the existing administrative configuration of TPA. This form includes data on directors, CEOs and CAOs. The data collected from the form will be used to track the changes in the administrative changes in the TPAs.
As required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(1)
The frequency of this return is yearly

Year

| Time (h) | Plasma concentration (mg/ml) (○) | Plasma concentration (mg/ml) (□) |
|----------|----------------------------------|----------------------------------|
| 0 | 0.0 | 0.0 |
| 0.5 | 0.85 | 0.75 |
| 1.0 | 0.95 | 0.85 |
| 2.0 | 0.85 | 0.75 |
| 4.0 | 0.65 | 0.55 |
| 6.0 | 0.55 | 0.45 |
| 8.0 | 0.45 | 0.35 |
| 10.0 | 0.35 | 0.25 |
| 12.0 | 0.25 | 0.15 |

TPA Name

[illegible][illegible][illegible]

| # | Particulars | Name of Auditor | Address | Date of appointment | Remarks | telephone no | e-mail |
|---|-------------------|-----------------|---------|---------------------|---------|--------------|--------|
| 1 | Internal Auditor | | | | | | |
| 2 | Statutory Auditor | | | | | | |

Annual Return of TPA
 TPA Contract Details

Yearly

Purpose and frequency

This return is capturing the data on the contracts of TPAs with Insurers and hospitals/doctors along with the data on claims processed during previous year
 As required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(2)
 The frequency of this return is yearly

Filters and Parameters

Year

TPA Name

Contract Details

Amount in INR

| | | | | | | | | | | Amount in INR | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Yearly

Name of TPA

[illegible]

Monthly

Purpose and frequency

This return captures the claims data for TPAs. The form captures the claims from policyholders, claims from hospitals and claims in aggregate level. This form is re-engineered on the basis of the existing claims data collection form in TPA Annual report.

The new form captures more detailed level information about the claims data for the TPAs As required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(7). The frequency of this return is monthly.

Filters and Parameters

Year

Month

TPA

Insurer

No. of instances when the float was replenished beyond 7 days

| # | Particulars | Cashless Claims | | Reimbursement | | Benefit Based | | Amount in INR | |
|---|---|-----------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims |
| | | a | b | a | b | a | b | a | b |
| 1 | Claims pending at the beginning of the month | | | | | | | | |
| 2 | New Claims registered during the month | | | | | | | | |
| 3 | Claim settled Fully and serviced by Government Hospital | | | | | | | | |
| 4 | Claim settled Fully and serviced by Private Hospital | | | | | | | | |
| 5 | Claims settled partially | | | | | | | | |
| 6 | Claims repudiated | | | | | | | | |
| 7 | Claims closed due to other reasons | | | | | | | | |
| 8 | Claims reopened | | | | | | | | |
| 9 | Claims pending at the end of the month | | | | | | | | |

Aging of pending claims*

| # | Particulars | Cashless | | Reimbursement | | Benefit Based | | Total | |
|---|--------------------------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims |
| | | a | b | a | b | a | b | a | b |
| 1 | Claims pending for less than 1 month | | | | | | | | |
| 2 | Claims pending for 1-3 months | | | | | | | | |
| 3 | Claims pending for 3-6 months | | | | | | | | |
| 4 | Claims pending for 6-12 months | | | | | | | | |
| 5 | Claims pending for 1-2 years | | | | | | | | |
| 6 | claims pending for more than 2 years | | | | | | | | |

* Reckoned from date of first intimation

* Reckoned from date of first intimation

Aging of settled claims**

| # | Particulars | Cashless | | Reimbursement | | Benefit Based | | Total | |
|---|---|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims |
| | | a | b | a | b | a | b | a | b |
| 1 | Claims settled within less than 1 month | | | | | | | | |
| 2 | Claims settled within 1-3 months | | | | | | | | |
| 3 | Claims settled within 3-6 months | | | | | | | | |
| 4 | Claims settled within 6-12 months | | | | | | | | |
| 5 | Claims settled within 1-2 years | | | | | | | | |
| 6 | claims settled within more than 2 years | | | | | | | | |

** Reckoned from the date of receipt of last reimbursement

** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Aging of repudiated claims***

| # | Particulars | Cashless | | Reimbursement | | Benefit Based | | Total | |
|---|--|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims | No. of claims | Amount of claims |
| | | a | b | a | b | a | b | a | b |
| 1 | Claims repudiated within less than 1 month | | | | | | | | |
| 2 | Claims repudiated within 1-3 months | | | | | | | | |
| 3 | Claims repudiated within 3-6 months | | | | | | | | |
| 4 | Claims repudiated within 6-12 months | | | | | | | | |
| 5 | Claims repudiated within 1-2 years | | | | | | | | |
| 6 | claims repudiated within more than 2 years | | | | | | | | |

*** Reckoned from the date of receipt of last requirement

*** Reckoned from the date of receipt of last requirement

655 GI/13-11

Quarterly

pose and frequency
To collect data on details of capital structure and shareholding pattern of TPAs.

To collect data on details of capital structure and shareholding pattern of TPAs. This is new form.

The frequency of this return is quarterly

| Year | Quarter |
|------|---------|
|------|---------|

— *Continued on next page*

[illegible][illegible]

| # | Particulars | Amount in INR |
|---|------------------------|---------------|
| | Column Code | Amount |
| 1 | Working Capital | a |
| 2 | Service Fee Due Amount | |

As and When

New Addition

Purpose and Objective

This form is used to capture the details of the capital structure of a TPA

Frequency is as and when change occurs

Filters and Parameters

As on Date

TPA

Capital Structure

Amount in INR

| # | Particulars | Amount |
|-------------|---|--------|
| Column Code | | a |
| 1 | Authorized capital | |
| 2 | Issue Capital | |
| 3 | Paid Up Capital | |
| 4 | Free reserve excluding re-valuation reserve | |

FOI Details

| # | Shareholder Name | Total Equity Share Capital | Holding |
|--------|------------------|----------------------------|---------|
| Column | a | b | c |
| 1 | Indian | | |
| 2 | Foreign Direct | | |
| 3 | Foreign Indirect | | |

Shareholder DetailsDate:

| # | Category of Shareholder (Foreign Direct/Foreign Indirect / Indian) | Name of the Shareholder | Address of the shareholder | Business or Profession | Shareholding as at end of reporting period (Number) | Shareholding as at end of reporting period (Percentage) | Date of acquisition of shareholding (the date) | Particulars of shareholding transactions during the period |
|---|---|-------------------------|----------------------------|------------------------|---|---|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 1 | | a | b | c | d | e | f | |
| 2 | | | | | | | | Purchase |
| 3 | | | | | | | | Sale |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |

For the behalf of

Digital signature of Director 1

Name of the Director 1

Title/Designation of Director 1

Digital signature of Director 2

Name of the Director 2

Title/Designation of Director 2

Date

Form 71A
Application for appointment as CEO, CAO and directors

New, A/R 599

Purpose of the form

This form is to be filled by the applicant and submitted to the Director, Insurance Regulatory and Development Corporation, New Delhi. The form is to be filled by the applicant and submitted to the Director, Insurance Regulatory and Development Corporation, New Delhi. The form is to be filled by the applicant and submitted to the Director, Insurance Regulatory and Development Corporation, New Delhi.



1. Details of Directors

| Name of director | Age | Address | Qualification | Registration No. | Other Directorship | Intake for | Other Directorship |
|------------------|-----|---------|---------------|------------------|--------------------|------------|--------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

2. Details of CEO & CAO

i. Name

[Redacted Name]

ii. Date of Birth

[Redacted Date of Birth]

iii. Place of Birth

[Redacted Place of Birth]

iv. Address & Contact Details

Address 1

[Redacted Address 1]

Address 2

[Redacted Address 2]

Address 3

[Redacted Address 3]

Pincode

[Redacted Pincode]

City/Town/Village

[Redacted City/Town/Village]

District

[Redacted District]

State

[Redacted State]

Country

[Redacted Country]

Telephone no.

[Redacted Telephone no.]

Fax No.

[Redacted Fax No.]

e-mail

[Redacted e-mail]

v. Passport/ Identity Card

No.

[Redacted No.]

Date of issue

[Redacted Date of issue]

Place of issue

[Redacted Place of issue]

Date of Expiry

[Redacted Date of Expiry]

Issuing Authority

[Redacted Issuing Authority]

e. Employment details History

| Name | Employment | Legal name | Responsibility | Period |
|------|------------|------------|----------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

f. Details of academic qualification

| Name of the institution | Course/Subject | Medium of instruction | Duration of course | Year of passing | Marks |
|-------------------------|----------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

g. Details of Associateship / Fellowship/Examination conducted by Insurance Institute of India

| Name of the institute | Examination/Qualification | Mark obtained | Year of passing |
|-----------------------|---------------------------|---------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

h. Details of the practical Training undergone in the field of Health Administration

| Name of the institute | Examination/Qualification | Year of passing | Mark obtained |
|-----------------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

For the behalf of

Digital signature of Director 1

Name of the Director 1

As and When

Issue of Duplicate Certificate of Registration

New Addition

Purpose and frequency

This form is submitted by the TPAs for applying Duplicate license. This form is submitted to IRDA.

This form is submitted by the TPA for applying Duplicate license. This form is submitted to RWL. This form is completed based on the existing TPA-1 form with some additional information on the basis of the gaps identified. For more details, apply for Duplicate TPA license



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT

Amount in INR

1. Particulars of applicant

i. Name of applicant

cant

ii. Address details

Address 1

Address 2

Address 3

Pin Code

District

State

Country

City/Town/Village

iii. Contact Details

Phone 1

Phone 2

Fax

e-mail

| | |
|--|--|
| alternate e-mail | |
| 2. Details of applicant's license | |
| a) TPA License No. | |
| b) Date of license | |
| c) Date of Expiry | |
| 3. Reason for loss of the original licence / certifi@lost <input type="radio"/> Mutated | |
| Loss Description | |
| For the behalf of | |
| Digital signature of Director 1 | |
| Name of the Director 1 | |
| Title/Designation of Director 1 | |
| Digital signature of Director 2 | |
| Name of the Director 2 | |
| Title/Designation of Director 2 | |
| Date | |